FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNEE 1944 N° 26

THESE

PRESENTEE POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marie-Thérèse SCHAPPLER

née le 8 août 1916
à GEISWASSER (Haut-Rhin)

Contribution à l'Etude des phénomènes d'Itération

Président : M. PFERSDORFF, Professeur

IMPRIMERIE DE CLAIRVIVRE (Dordogne)

1944

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNEE 1944 N° 46

THESE

PRÉSENTÉE POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marie-Thérèse SCHAPPLER

née le 8 août 1916

à GEISWASSER (Haut-Rhin)

Contribution à l'Etude des phénomènes d'Itération

Président : M. PFERSDORFF, Professeur

IMPRIMERIE DE CLAIRVIVRE (Dordogne)

—

1944

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM. André FORSTER ✲ ✪ I.
Assesseur	P. ROHMER ✲ ✪ I.

Professeurs titulaires

Clinique Médicale B	MM. AMBARD ✲ ✪ I.
Embryologie et tératologie	ANCEL ✲ ✪ I.
Clinique neurologique	BARRÉ ✲ ✪ I.
Histologie	N....
Clinique O. R. L.	N....
Anatomie	FORSTER ✲ ✪ I.
Thérapeutique chirurgicale	FONTAINE ✪ A.
Chimie biologique	N....
Hygiène et bactériologie	OBERLING ✲ ✪ A.
Clinique dermatologique	PAUTRIER ✲ ✪ I.
Clinique psychiatrique	PFERSDORFF ✲ ✪ I.
Clinique ophtalmologique	REDSLOB ✲ ✪ I.
Clinique d'obstétrique et maladies des femmes	KELLER ✲ ✪ I.
Clinique infantile	ROHMER ✲ ✪ I.
Physiologie	N....
Pharmacologie et Médecine Expérimentale	SCHWARTZ ✪ I.
Médecine légale et médecine sociale	SIMONIN O. ✲ ✪ A.
Hydrologie et climatologie	VAUCHER ✲ ✪ I.
Physique biologique	VLÈS ✲ ✪ I.
Clinique chirurgicale B	WEISS ✲ ✪ A.
Clinique Médicale A	N....
Anatomie pathologique	N....

Professeurs sans chaire

Histologie	MM. ARON ✲ ✪ I.
Anatomie	BELLOCQ ✲ ✪ I.
Anatomie pathologique	GERY ✪ I.
Clinique médicale A	HANNS O. ✲ ✪ I.
Clinique psychiatrique	GELMA ✲ ✪ I.

Chargés de cours et agrégés

MM. CALLOT	MM. KLEIN	MM. WARTER
KAYSER ✪ A.	REISS ✪ A.	THIVOLLE ✪ A.
ROMEY O. ✲ ✪ A.	SACREZ	P. MEYER
TULASNE	GINGLINGER	E. FORSTER
Mlle ACHARD	BARTHELMÉ	

Chargé d'un cours complémentaire

M. ROEDERER ✪ I.

Professeurs honoraires

M. REEB ✪ I.	M. CHAVIGNY C. ✲ ✪ I.	M. LERICHE O. ✲ ✪ I.
M. BOUIN O. ✲ ✪ I.	M. WEILL ✲ ✪ I.	M. SCHAEFFER ✲ ✪ I.
M. STOLZ ✲ ✪ I.		

Agrégés libres

M. SIMON O. ✲ ✪ A. M. KREIS ✪ A.

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

A MON PERE ET A MA MERE.

A MON ONCLE ET A MA MARRAINE.

A MA FAMILLE.

A TOUS MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR PFERSDORFF,

Directeur de la Clinique Psychiatrique
de la Faculté de Médecine de Strasbourg,

qui nous a inspiré le sujet de ce travail, et qui nous a guidée avec une grande bienveillance de ses précieux conseils.
Nous sommes heureuse de lui exprimer ici nos sentiments de très respectueuse et vive gratitude pour la sollicitude qu'Il nous a toujours témoignée.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FORSTER,

Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg,

en hommage de respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR REDSLOB,

Directeur de la Clinique Ophtalmologique
de la Faculté de Médecine de Strasbourg,
Médecin-Chef de l'Hôpital des Réfugiés de la Dordogne,

qu'il nous permette de lui exprimer ici notre respectueuse reconnaissance pour l'intérêt qu'il a bien voulu nous porter.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG REPLIES A CLERMONT-FERRAND ET A CLAIRVIVRE.

INTRODUCTION

Les troubles aphasiques ont depuis très longtemps été localisés en partie à des régions sous-corticales du cerveau gauche bien avant que Pierre Marie les ait revendiqués pour son quadrilatère. L'expérience de guerre de 1914-1918, et les localisations révélées par l'encéphalite ont encore fait ressortir davantage le rôle des noyaux gris centraux dans le langage, surtout aussi des noyaux de l'hémisphère droit. Dans les vingt dernières années, on s'est efforcé de localiser les différentes formes des troubles du langage, en étudiant les différentes formes de paraphasie et en tenant davantage compte des troubles de la syntaxe (agrammatisme, emploi de la phrase courte et de la syntaxe compliquée etc.). Le symptôme de la palilalie (BRISSAUD) est venu s'ajouter à la symptomatologie, en s'associant à d'autres symptômes de répétition (persévération, stéréotypie) dont on n'avait pas tenté la localisation auparavant.

Nous étudierons ces symptômes d'itération (KLEIST) chez un cas que nous avons pu observer. Nous nous rendons bien compte qu'un seul cas ne saurait décider de questions aussi complexes que celles des localisations cérébrales, mais la publication de chaque cas nous semble justifiée si elle contribue pour sa part à confirmer une conception ou à l'invalider.

OBSERVATION CLINIQUE

DURAND Marie, 51 ans, est admise en Chirurgie le 29-12-1941. (1)

Antécédents héréditaires collatéraux et personnels sans intérêt.

Histoire de la maladie actuelle : En juillet 1941, la malade ressent des douleurs dans la tête au niveau de la région occipitale droite et aussi oculaire droite. Elle présente à cette époque quelques vomissements coincidant avec les règles. L'examen neurologique est négatif, et l'examen ophtalmologique pratiqué alors, montre des papilles hyperhémiées sans stase et une tension rétinienne normale. L'intervention est conseillée, mais refusée par la malade.

L'état s'aggrave progressivement.

Fin novembre 1941, elle aurait eu des absences et des propos incohérents aux dires de la famille. En plus des vomissements et des céphalées qui ont augmenté de fréquence et d'intensité, la malade a tendance à être poussée vers la droite quand elle marche. Elle peut néanmoins vaquer à son travail dans son ménage jusqu'au début du mois de décembre 1941.

Vers le 20 décembre, les symptômes s'aggravent : La famille dit que la malade est devenue « incohérente » et somnolente, les vomissements sont très fréquents. Une amaurose s'est établie.

La malade est adressée au Professeur FONTAINE, le 29-12-1941.

Examen général à l'admission : Femme de 51 ans, de constitution robuste, en état de somnolence, répondant par des mots mal articulés et incompréhensibles à toute question. Ne sort pas de sa torpeur.

Examen neurologique : Rien de particulier du côté des nerfs crâniens, à part un effacement du pli naso-facial gauche.

La sensibilité, au contact, à la douleur, à la chaleur, semble bonne partout.

(Un examen méthodique est exclu, vu l'attitude mentale de la malade). La motricité semble être bonne partout.

Signe de la roue dentée à la manœuvre de l'avant-bras gauche.

---

(1) Que Monsieur le Professeur FONTAINE, qui nous a rendu possible la présente étude, veuille trouver ici l'expression de notre gratitude.

Réflexes bicipitaux, tricipitaux, rotuliens et achilléens normaux à droite et à gauche.

Réflexes cutanés plantaires : Extension du premier orteil des deux côtés.

Examen somatique : Incontinence urinaire permanente.

Muguet buccal.

Examen ophtalmologique, le 31-12-1941. :

Dans la mesure où un examen ophtalmologique est possible, la malade étant difficile à examiner, on constate une stase papillaire bilatérale, pas de signe d'atrophie, mais hémorragies, placards blancs stellaires. Pupilles larges réagissant mal.

Examen radiologique le 31-12-41 :

Destruction presque complète de la selle turcique, dont il ne reste que la paroi antérieure et les apophyses clinoïdiennes postérieures. Le sinus sphénoïdal est comprimé.

Examen oto-rhino-laryngologique le 31-12-41 :

Rien à constater.

Examens de laboratoire :

B. W. négatif.

Urée sanguine : 0,26.

Glycémie : 1,40.

Cœur : Sans particularités. T. A. =11/5.

Poumons, abdomen, sans particularités.

Examen neuro-psychiatrique du 1-1-42 :

Excitation motrice continuelle, mouvements mimiques et pantomimiques qui ne sont pas influençables. Il est cependant possible de tenir la malade au lit. Très forte excitation du langage, qui n'est pas non plus à influencer. La malade ne répond à aucune question. Elle produit pendant des heures entières des fragments de prière (Notre Père, je vous salue, etc...) de façon absolument stéréotype. Les mots durant cette production spontanée sont bien articulés et bien compréhensibles. On ne peut pas constater avec certitude la vue de la malade, étant donné son inaccessibilité complète. Les mouvements pantomimiques ne présentent pas de pararéaction. L'excitation motrice est maximale, mais ne montre pas de nuances. L'affectivité non plus. Il s'agit d'une affectivité liée à l'excitation motrice telle qu'on la rencontre chez les catatoniques excités, mais il ne s'agit pas de l'affectivité d'une dépression agitée. La malade fait parfois l'impression d'être aboulique.

Cette excitation n'a cessé qu'après l'intervention.

Intervention le 1-1-42 :

Trépanation ostéoplasique fronto-temporo-pariétale droite. Volet fronto-temporo-pariétal droit. Cuir chevelu très hyperhémié. L'os saigne également beaucoup. On récline le volet : La dure-mère apparaît extrêmement tendue. Après ouverture de la dure-mère, les circonvolutions sont aplaties, tendues ; le cerveau ne bat pas. On aperçoit à la base du lobe temporal une tuméfaction noirâtre, corticale, du volume d'une noisette. Elle est très dure et a nettement l'aspect tumoral. On l'excise au bistouri électrique. La tumeur ne va pas très en profondeur ; elle apparaît nettement insuffisante pour expliquer l'énorme hypertension. Il y a certainement une tumeur profonde. On pratique plusieurs ponctions dans la région frontale. On ne retire rien, et on ne sent rien d'anormal. Dans ces conditions, on se borne à enlever la partie inférieure du volet osseux, et on referme.

Examen histologique du liquide de ponction :

Liquide céphalo-rachidien clair. Culot de centrifugation nul. Faible réaction lyphocytaire, pas de polynucléaires, rares globules rouges.

Examen histologique de la pièce opératoire :

Pas de tumeur, seulement une circonvolution parsemée d'hémorragies.

Evolution post-opératoire :

La malade est très fatiguée. Le soir de l'intervention, le pouls monte à 124 et s'affaiblit. La tension artérielle se maintient. La température monte également. La malade est subcomateuse.

Le 2-1-42 : Malgré la thérapeutique, la température monte, la malade est très fatiguée. Pas de signes de méningite. La plaie opératoire est en bon état.

Exitus dans le coma.

Autopsie : On constate l'existence d'une tumeur envahissant la tête du noyau caudé, ainsi que le premier tiers du putamen. Plus en arrière, le pallidum est également touché, tandis que les deux tiers extérieurs du putamen, l'avant-mur et l'insula sont complètement libres. Plus en arrière, la couche optique est également englobée dans la tumeur, mais seulement dans son tiers antérieur.

La région au dessous des noyaux gris centraux n'est siège de la tumeur que dans les parties antérieures.

Histologiquement : Les examens portant sur des prélèvements chirurgicaux et nécropsiques fixes aux liquides de DUBOSQ-BRAZIL et de BOUIN, et colorés à l'Hémalun-érythrosine-Safran, au Trichrome de MASSON, à l'hématoxyline phosphotungstique de MALLORY.

En de nombreuses zones, surtout centrales, la nécrose de la tumeur est à tel point abondante, qu'il ne subsiste plus d'éléments vivants, et pour retrouver des parties tumorales conservées, faut-il recherher les

bords de la tumeur où l'envahissement de la substance blanche se fait par de multiples digitations courtes et trapues. L'aspect est tellement caractéristique que d'emblée on pose le diagnostic de **glioblastome-multiforme** (gliosarcome, gliome polyforme, spongioblastome multiforme).

Dans ces régions, la tumeur est très riche en petites cellules fusiformes, à noyau allongé, très chromatique, à corps protopasmique peu développé et effilé, tassées les unes contre les autres sans aucune disposition définie. Ces éléments correspondent en somme à des cellules névrogliques embryonnaires (spongioblastes-bipolaires. La différenciation au sein de ces plages cellulaires, de fibres névrogliques est tout à fait exceptionnelle : Nous sommes donc en présence d'une tumeur presque purement cellulaire.

A côté de ces petites cellules, on trouve assez fréquemment une variété d'éléments beaucoup plus grands, parfois monstrueux et multinucléés, formant alors de véritables plasmodes géants possédant une couronne nucléaire périphérique. Certaines de ces cellules peuvent être assimilées à des astrocytes.

La vascularisation de la tumeur est très riche ; elle affecte souvent même une allure véritablement angiomateuse. La presque totalité de ces vaisseaux sont cependant le siège de thromboses étendues non encore organisées, et ce phénomène explique l'importance considérable de la nécrose (plus des trois quarts de la tumeur sont en effet lysés). Lorsque ces foyers nécrotiques sont encore minuscules, on assiste à la constitution de « pseudo-rosette de dégénérescence » : Autour de la partie centrale formée par des débris cellulaires plus ou moins liquéfiés, les gliobastes tumoraux épargnés, repullulent et se disposent en rayons de roue.

A la périphérie de la néoplasie, on rencontre également quelques « pseudo-rosettes péri-vasculaires », où les cellules cancéreuses — comme leurs homologues normales — insèrent l'un de leur pied sur la paroi d'un petit vaisseau. En dehors de ces images de pseudo-rosettes, il est impossible de trouver la moindre rosette vraie.

Dans la substance blanche péritumorale, les vaisseaux présentent souvent un degré assez important d'endovascularité ; de plus, la lame élastique interne est habituellement calcifiée.

ETUDE CLINIQUE

Le symptôme essentiel que présente notre cas, consiste en l'excitation du langage qui persistait pendant de longues heures, qui n'était pas influençable, et qui était caractérisé par la répétition ininterrompue de fragments de prière (Notre Père, je vous salue, etc...)

L'excitation motrice qui accompagnait celle du langage, ne consistait pas en productions mimiques et pantomimiques correspondant au texte proféré, mais en mouvements désordonnés, incohérents, rappelant les mouvements de pseudo-embarras. Il n'existait pas non plus de nuances de l'intonation adaptées au texte ; le débit oral était monotone.

Nous nous servirons, pour désigner la répétition des productions verbales, du terme « itération ». Ce terme a été choisi par KLEIST pour dénommer la répétition observée dans certaines affections organiques du cerveau. La répétition qu'on observe dans d'autres affections relève d'une terminologie différente suivant l'étiologie. C'est ainsi que le terme de « stéréotypie » sert à désigner la répétition des catatoniques, le terme de « monotonie » caractérise les productions de la dépression agitée de la folie maniaque dépressive, le terme de « palilalie » étant réservé aux productions de l'encéphalite léthargique. Cette terminologie qui n'est pas acceptée par tous les auteurs, est cliniquement justifiée ; elle veut tenir compte de l'étiologie et de la symptomatologie de chacune des formes de « répétition ». Car il est évident que les mécanismes qui sont à la base de la répétition, ne sont pas identiques dans les différentes formes que nous venons d'énumérer. Ils sont du reste loin d'être connus. Il y a une trentaine d'années, la discussion était très vive sur la question de savoir si la persévération

dans certaines affections organiques du cerveau était due à une excitation active primaire du langage, ou à un manque de frein.

HEILBRONNER a traité la question dans son travail « Persévération et Stéréotypie ». Comme il s'agit de symptômes organiques, on voit d'après le titre déjà que cet auteur ne réserve pas le terme « stéréotypie » à la seule catatonie. Dans les dernières années, la question a encore été reprise par KLEIST à l'occasion de l'hyperproduction verbale ou syllabique de certains aphasiques sensoriels.

La plupart des auteurs considèrent cette hyperproduction (surtout dans la jargonaphasie) comme un symptôme de manque de frein inhérent à l'aphasie sensorielle comme telle, tandis que KLEIST admet qu'elle est imputable à des lésions de la base du cerveau, et qu'elle serait plutôt à considérer comme un symptôme d'excitation primaire.

Nous touchons ici à la localisation anatomique des symptômes de répétition, pour laquelle une réserve extrême est indiquée ; il en sera question plus tard. Nous nous efforçons ici de procéder à un groupement purement clinique de phénomènes.

Au point de vue logique, non clinique, la palilalie serait également à ranger parmi les phénomènes d'itération, en tant qu'elle consiste également en une répétition des productions verbales. Les définitions que les différents auteurs donnent de la palilalie, ne permettraient pas, à elles seules, de différencier la palilalie des autres formes de l'itération verbale, si elles ne tenaient compte que des caractères philologiques de la production.

BRISSAUD avait considéré la palilalie comme un phénomène d'obsession et l'avait mis en rapport d'un côté avec le rire et le pleurer spasmodiques de la paralysie pseudo-bulbaire, d'un autre côté avec les phénomènes de « manque de frein » (troubles de la cessation des mouvements), qui seront caractéristiques pour la Maladie de Parkinson. PICK dit que la palilalie est caractérisée par la répétition (jusqu'à dix fois) du mot énoncé, ainsi que d'une courte phrase ou d'un fragment de phrase. Le tout est produit de façon explosive, avec accélération progressive du débit, fait qui amène une détérioration de l'articulation des mots.

Mais PICK a non seulement formulé une définition générale, du phénomène de la palilalie ; il a aussi essayé de préciser ses manifestations cliniques. Il a constaté que la palilalie était observable en

première ligne dans le dialogue (surtout dans les questions) et dans l'écholalie. Les énumérations, les automatismes par contre sont produits intégralement sans répétition des fragments ou de l'entier. Il est intéressant de voir que la même différence s'observe dans certains états de stupeur de la folie maniaque dépressive : Là aussi, les automatismes peuvent être produits intégralement et même parfois sans retardement, alors que le dialogue et l'écholalie sont fortement inhibés. En essayant de préciser les différentes catégories du langage touchées ou non par la palilalie, PICK ajoute à la définition générale les particularités cliniques qui appartiennent en propre à la symptomatologie de la palilalie qui la caractérisent en particulier, et qu'on ne constate pas dans d'autres formes de répétition ; il y a surtout le mode de la production verbale (le texte comme tel mis à part) qui est caractéristique dans la palilalie, et qui lui donne son cachet : C'est la légère accélération du débit, le fait aussi que l'articulation devient de plus en plus indistincte vers la fin de l'énonciation ; l'attitude critique du malade vis-à-vis du phénomène qui rappelle celle du choréïque vis-à-vis de ses mouvements involontaires. Il s'agit là de symptômes cliniques précieux pour le diagnostic différentiel, qu'une définition « philologique » de la production verbale à elle seule ne saurait préciser.

Les symptômes d'itération du langage doivent, à notre avis, être séparés de la palilalie. Leur présentation clinique est différente ; leur localisation anatomique, nous le verrons plus tard, également.

Tous les auteurs ne partagent pas cet avis. C'est ainsi que MERZBACH et son Maître KLEIST comprennent également sous la dénomination globale de « phénomènes d'itération », les symptômes palilaliques. Nous avons dit plus haut qu'au point de vue philologique pur, non clinique, ce point de vue était compréhensible et pouvait se défendre. Aussi MERZBACH ne donne-t-il qu'un inventaire des productions d'itération observées en clinique. Il résume comme suit 24 cas (cf. lif. n° 4, page 9) : « L'itération peut toucher tous les éléments de la production verbale : Les sons isolés, les syllabes (surtout les initiales), principalement dans les réponses ; mais aussi le milieu du mot peut être répété ; ce symptôme s'observe surtout dans la prononciation des mots difficiles (logoclonie). L'itération se sert également de mots entiers, de substantifs et de verbes, d'interjections (oui, oui ; non, non), d'adverbes (bien, bien), surtout dans les réponses ; elle

se manifeste aussi par fragments de phrases et par courtes phrases. Par contre l'itération de longues phrases n'a pas été observée.

Dans l'itération des mots et des courtes phrases étaient surtout répétées : 1° Le début des réponses des dénominations d'objets et d'images ; mais le langage spontané montrait aussi ce phénomène ; 2° Les éléments du discours particulièrement accentués et dont l'importance devait être soulignée.

Cette multiplicité des phénomènes d'itération peut être précisée de la façon suivante : On pourrait peut-être s'exprimer ainsi : « L'itération est due à des troubles de la régulation numérique des unités corticales du discours (dass die Sprachitération eine Störung der zahlenmässigen Regulierung der jeweiligen Redeeinheit ist) ».

En ce qui concerne l'itération de fragments de phrases ou de courtes phrases, entières, on peut dire que ces phrases peuvent être formulées au moment de la production même, improvisées, mais elles peuvent aussi consister en automatismes, en fragments de prières, de poésies, etc.

Ce symptôme caractérise notre cas actuel.

La définition de MERZBACH que nous venons de donner, qui parle de la régulation des unités corticales du discours, est très séduisante. MERZBACH ne la formule qu'avec précaution, car comme le mot « cortical » y paraît, la localisation anatomique fait irruption dans le débat. Nous ne saurions le suivre sur ce terrain. Comme (d'après la pathologie du langage, psychotique surtout), il est plus que probable que la syntaxe ne relève pas du cortex (comme le mot isolé) ; mais des noyaux gris centraux, il faudrait à notre avis modifier la définition de MERZBACH et dire : « L'itération est due à des troubles de la régulation numérique des unités corticales et diencéphaliques du discours ».

Mais, comme dit, nous ne suivons pas ici MERZBACH sur le terrain anatomique. Au point de vue clinique, purement symptomatologique, nous croyons que MERZBACH veut préciser par sa formule le fait que les unités du discours sont intactes, ne sont pas touchées par l'itération. La « rédaction » du discours n'est pas lésée. La réunion des éléments constitutifs du mot et de la phrase précédant l'élocution ont lieu correctement. On pourrait reproduire les phénomènes de l'itération en modifiant le mouvement rotatoire d'un disque de phonographe

dont le texte même n'est pas modifiable. Cette comparaison a naturellement sa « claudication », comme toute comparaison. Il serait impossible de rendre la détérioration progressive de la prononciation au cours de la production par ce procédé.

Nous n'avons parlé jusqu'ici que de phénomènes d'itération « immédiate », c'est-à-dire de productions dans lesquelles les éléments répétés se suivaient en séries. Les éléments mêmes étaient donnés par des lettres isolées, des mots ou par des phrases courtes et des fragments de phrase. Il est intéresant de constater que ce sont les mêmes éléments qui constituent le matériel verbal du langage dit automatique des aliénés. Dans ce dernier, l'itération peut se manifester sous forme de stéréotypie. Mais la production catatonique diffère cliniquement de la palilalie : Il s'agit d'une production active, non d'un manque de frein. La production n'est pas influençable ; un dialogue ne peut avoir lieu comme chez le palilalique. Surtout, et ceci constitue la différence la plus marquante : Le texte même est pathologique chez le catatonique. Dans les cas extrêmes, le sens peut faire défaut d'une façon absolue (la courte phrase sans sens). Mais les deux productions, le langage automatique et la production palilalique, présentent au point de vue formel les mêmes groupements de symptômes : Nous avons d'abord la production sous-syllabique et la production syllabique, nous avons ensuite les séries agrammatiques, et enfin la formation purement syntactique. Cette dernière est la plus intéressante : Nous venons de voir que la formation syntactique élémentaire (la courte phrase) pouvait manquer de sens chez le catatonique ; chez le palilalique, la courte phrase est presque toujours sensée, mais le fait que la courte phrase comme entité syntactique soit répétée dans la palilalie est intéressant. On peut dire que la répétition palilalique de la courte phrase avec sens est même le fait le plus frappant dans la symptomatologie de la palilalie : Constater qu'une phrase entière, qui lors de sa première élocution servait à interpréter l'idéation du malade, devient autonome, cesse d'être l'interprétation de la pensée par le fait même de la répétition, et ceci tout en conservant un texte sensé, nous force à admettre l'entrée en scène d'automatismes syntactiques. Seulement chez le palilalique, ces automatismes ne sont pas entièrement affranchis du sens comme chez le catatonique (dissociation). Il reste une certaine relation du mot produit et du sens, la même relation que nous observons dans **l'écholalie** qui peut être

produite sans que le texte articulé exprime la pensée du parleur même. Ce n'est pas un hasard si l'écholalie s'associe si fréquemment à la palilalie, au point que certains auteurs (BRISSAUD) considéraient la palilalie comme une **auto-écholalie.**

Les phénomènes d'itération dont il a été question jusqu'ici étaient, nous l'avons relevé plus haut, d'ordre **immédiat** ; les éléments de la production se succèdent sans liaison, sans interférence d'autres éléments. Mais il existe une autre forme d'itération, qu'on pourrait appeler **médiate,** dans laquelle l'élément répété (ordinairement un substantif) n'est répété qu'après un certain temps ; il n'est pas isolé non plus, mais fait partie d'un texte plus ou moins compréhensible. La localisation anatomique sera à discuter plus tard. Nous donnons ici comme exemple la production d'un cas de tumeur partant du lobe frontal droit et intéressant le noyau caudé droit (cf. lit. n° 11, thèse WEISSHEYER).

« Le soleil est soleil sur un petit tas de choses, le soleil est niché dans un coin et veut le réchauffer. Alors il court rentrer à Wangen chez ma sœur, la lune a déjà cessé le jeu. L'homme ou le médecin qui détient les rayons de soleil ; le soleil soleil ce matin, il a, je veux seulement voir combien est fort son soleil ; il faut que je l'essaye ; il faut chercher des rayons de soleil dans quinze jours ; alors j'irai au Polygone à la foire pour essayer ».

Autre exemple du même cas : « L'autre a tout dénoncé, mais je n'ai rien dénoncé, je n'ai dénoncé que ma sœur, et nous avons dénoncé ceci ; les étudiants ont dénoncé de ces choses ».

Dans un autre cas de tumeur de la couche optique gauche (cf. lit n° 5, 1928), la même itération d'un mot composé faisant partie d'un texte a été observée. Dans les cas de commotion crânienne, le même symptôme s'observe assez souvent.

Exemple d'un commotionné (cf. lit n° 8, p. 111) : « Comme première partie on est trop bête, autant on est réparti, autant on est bête. La première reproduction est tout près du mensum. Pour nous, c'est donc tout lié, alors on s'étonne. Quand quelqu'un la prend. Autrefois en chose nous nous sommes fait produire avant qu'il n'y ait eu des reproductions d'un album dans le métrum dans lequel il faut être reproduit, tout comme le métrum même ; seulement on ne peut plus suivre dans la reproduction ».

On constate dans cet exemple la réapparition de certains mots parfois identiques, parfois légèrement modifiés (mensum, metrum, production, reproduction).

Nous ne faisons que mentionner ici que des phénomènes analogues d'itération se manifestent dans les productions de certains catatoniques (cf. lit. n° 8). Ces productions se rapprochent bien plus des productions analogues des cas organiques, que les stéréotypies catatoniques ne se rapprochent de la palilalie.

La question se pose de savoir si les symptômes que nous venons de décrire sous la dénomination « itération **médiate** », sont vraiment de la même essence que ceux de l'itération « immédiate ». Nous verrons tout à l'heure que la localisation anatomique des deux formes d'itération se touche de très près et semble justifier le rapprochement de ces deux formes principales. Au point de vue clinique par contre, le contraste entre les deux formes est assez marqué : D'un côté, la succession immédiate du mot ou de la courte phrase répétée, de l'autre côté l'itération retardée par des formations syntactiques dont le mot itéré fait partie. L'itération a moins le caractère actif dans la forme médiate que dans la forme immédiate. On serait plutôt tenté de parler de persévération que d'itération, et le dilemme classique et traditionnel se pose — tout comme dans la question « stéréotypie ou persévération » (HEILBRONNER) — de savoir qu'il s'agit de phénomènes d'excitation ou d'inhibition. Si on admet un état d'excitation aussi pour la production de l'itération médiate (pour l'immédiate elle est hors de doute), cette excitation se manifeste par la production syntactique autant que par l'itération ; la localisation fonctionnelle de l'excitation ne doit donc pas être identiquement la même que dans l'itération immédiate. Le sens du mot joue un rôle plus considérable lors même que le produit peut être très peu compréhensible.

L'itération toutefois se manifeste par la répétition de certains mots, non pas de phrases entières. Il est donc licite d'assimiler cette itération médiate à la forme immédiate. Si par contre on considère la répétition du même mot comme une persévération, cette conception pourrait se justifier par l'existence de la persévération sur d'autres domaines, en dehors du langage. Ceci est, comme on sait, souvent le cas chez les commotionnés, de sorte que la répétition médiate de certains mots pourrait, chez les commotionnés (nous venons d'en donner

un exemple) fort bien être imputée à la persévération et non à l'itération active. Comme les deux mécanismes s'observent, la question ne saurait être tranchée d'une façon globale et exclusive, mais selon le cas individuel.

Comme si souvent dans la pathologie du langage, le sténogramme de la production verbale à lui seul ne suffit pas pour caractériser la production. Les symptômes concomitants sont nécessaires pour préciser les mécanismes. A plus forte raison, un **seul** symptôme du langage même (l'itération) ne saurait suffire à délimiter un groupe clinique d'affections. Un seul symptôme est rarement pathognomonique pour la bonne raison que les mêmes symptômes, identiques en apparence, peuvent être dûs à des mécanismes différents. Cette multiplicité des mécanismes cliniques ne nous permet pas d'espérer une localisation anatomique bien définie. Et pourtant, comme nous allons le voir, malgré l'imprécision des phénomènes cliniques, la localisation anatomique est plus restreinte, plus circonscrite en réalité qu'on n'eut osé l'admettre à priori.

ANATOMIE

L'anatomie pathologique des phénomènes d'itération a pris son point de départ, il y a une vingtaine d'années, des nouvelles localisations que l'anatomie de l'encéphalite léthargique nous a appris à connaître.

Le rôle éminent des noyaux gris centraux a relégué au second plan celui du cortex, qui jusque là avait été considéré comme prépondérant.

PICK qui, un des premiers, s'est occupé de la question, localise les phénomènes d'itération aux noyaux gris centraux. L'action frénatrice exercée physiologiquement par ces noyaux faisant défaut, les automatismes de l'itération entrent en scène. Cet auteur dit (cf. lit. n° 9, page 361) :

« La question se pose de savoir si la palilalie dépend de la lésion d'une partie circonscrite et bien définie des noyaux gris. La seconde question est de savoir si cette partie est identique avec celle que OPPENHEIM et Cécile VOGT ont localisée à la partie antérieure du putamen, et pour laquelle ils revendiquent comme fonction une action frénatrice du langage et de la déglutition. On sait que MINGAZZINI considère cette même région comme susceptible de provoquer des symptômes d'aphasie motrice.

Tandis que PICK et d'autres admettent, comme étant à la base de la palilalie, des lésions du putamen, d'autres auteurs (HERRMANN, POETZL et d'autres) attirent l'attention sur le fait que dans la vraie maladie de Parkinson, le pallidum est atteint, et non le putamen. En outre, le parkinsonisme consécutif à l'encéphalite est caractérisé anatomiquement par une atrophie des cellules de la substantia nigra.

MERZBACH (cf. lit. n° 4), qui se base sur une série de 67 cas, arrive aux conclusions suivantes :

« La comparaison anatomo-clinique de nos cas permet de conclure à des rapports entre l'itération verbale et le corps strié.

Deuxièmement, il est excessivement vraisemblable que les parties antérieures du noyau caudé (tête) sont en rapport avec l'itération verbale, c'est pourquoi elles coopèrent à la régulation du langage. Il est également à admettre qu'il existe ds rapports entre la partie antérieure du putamen et le langage. Ce fait confirme pour le langage, la thèse d'OSCAR et de CECILE VOGT, qui admettent pour le corps strié une segmentation somatotopique.

Enfin, pour ce qui concerne le caractère bilatéral ou unilatéral des foyers du noyau caudé dans l'itération du langage, on peut dire qu'un foyer unilatéral d'une certaine importance, de n'importe quel côté, suffit pour provoquer des troubles du langage.

On peut conclure de ces faits à l'importance égale des deux noyaux caudés quant aux fonctions du langage ; mais le corps strié est plus souvent lésé du côté gauche »

Tous les auteurs cités n'ont eu en vue que l'itération immédiate. Notre cas actuel est cliniquement et anatomiquement à ranger dans ces cas.

Comme nous l'avons dit dans l'observation, la tumeur occupait la partie antérieure du corps strié ; au niveau du noyau caudé, le pallidum seul était pris, tandis que le putamen était libre ; dans la partie postérieure, le noyau lenticulaire était entièrement intact. Comme l'observation clinique n'a duré que 48 heures, il n'a été possible de constater que la palilalie immédiate qui était intense et exclusive, grâce à l'excitation du langage. Nous ignorons donc si la maladie a présenté encore d'autres troubles du langage.

Ce cas se rapproche, parmi ceux qui ont été observés à la Clinique Psychiatrique de Strasbourg, du cas WERTMULLER (cf. lit. n° 7), qui présentait un ramollissement sylvien profond de l'hémisphère droit ; le territoire des artères perforantes était profondément lésé ; étaient détruits : La tête du noyau caudé et le striatum en entier ; le pallidum dans sa zone extérieure ; la substance blanche jusqu'au cortex exclusivement. Ce cas WERTMULLER produisait de la palilalie immédiate, qui comprenait des phrases courtes qui en elles-mêmes n'étaient

pas pathologiques ; elles perdaient parfois leur sens grâce à l'apparition de la paraphasie litérale.

Nous constatons donc dans ce cas d'itération immédiate, la coexistence de celle-ci avec d'autres troubles du langage. Ce fait semble être la règle dans les cas d'itération médiate. Comme la presque totalité des auteurs n'ont pas fait de distinction entre itération immédiate et médiate, il nous semble indiqué de préciser la situation.

Les cas d'itération médiate qui ont été observés à la Clinique Psychiatrique de Strasbourg, présentaient tous des lésions du noyau caudé ou du corps strié. Mais les lésions en dehors du noyau caudé ou du corps strié en général étaient plus considérables. C'est ainsi que le cas C. L., cas 4 du travail, publié en 1928 (cf. lit. n° 5) présentait en première ligne une tumeur de la couche optique gauche.

Le cas de la thèse WEISSHEYER (cf. lit. n° 11) était atteint d'une tumeur frontale droite, avec participation du noyau caudé droit.

Le cas HABER (cf. lit. n° 6) avait des tumeurs multiples de l'hémisphère droit, avec participation du noyau caudé droit.

Tous ces cas présentaient cliniquement, outre les symptômes d'ité(ration médiate qui n'étaient pas au premier plan, d'autres troubles du langage qui caractérisaient leur production verbale en première ligne.

Nous ne les indiquons que sommairement : Le cas C. L. présentait de la paralexie, de la paraphasie verbale, l'emploi de mots composés néoformés, la production de courtes phrases sans sens.

Le cas de la thèse WEISSHEYER produisait de l'ambivalence, l'épellation est abolie, de même que l'explication des proverbes.

Le cas HABER fournissait des pararéactions du type schizophrénique, de la paraphasie verbale et litérale ; l'écriture manquait totalement de sens, il produisait des séries de mots néoformés.

Devant ces faits, on pourrait être tenté de formuler l'hypothèse suivante : L'itération immédiate est due à des lésions du corps strié ; l'itération médiate est également liée à des lésions du corps strié, mais à ces lésions s'ajoutent très souvent dans une large étendue celles des régions avoisinantes.

Cette hypothèse semble justifiée par les travaux des principaux auteurs (PICK, HERMANN et POETZL, BRISSAUD, ARNOLD, etc.), qui ont décrit l'itération immédiate provoquée par des lésions du noyau

caudé ou du corps strié. Mais ces auteurs ne mentionnent pas d'autres foyers qui ont peut-être existé en même temps dans certains cas ; ils ne mentionnent pas non plus d'autres troubles du langage qui peuvent avoir existé à côté des symptômes d'itération qui étaient au centre de leur intérêt. Notre cas WERTMULLER prouve bien que d'autres troubles du langage peuvent accompagner l'iération immédiate.

Alors que d'après la presque totalité des auteurs, ce seraient des lésions du corps strié qui seraient à la base des phénomènes de l'itération immédiate et médiate (cette dernière n'a été observée que dans nos cas), il ne nous est pas encore possible, à l'heure actuelle, de dire sur quoi est fondée, anatomiquement, la différence entre les formes médiates et immédiates. Cliniquement, la différence est nette. Quant à la différenciation anatomique, elle se heurte à des difficultés. Nous rencontrons la situation inverse, si nous voulons différencier cliniquement la palilalie parkinsonienne et la palilalie post-encéphalitique ; nous avons dit plus haut que la première était liée à des lésions du pallidum, et la seconde à des foyers de destruction de la substantia nigra. Cette constatation se base sur la statistique et sur l'anamnèse, alors que cliniquement, il est impossible de faire la différenciation en se basant uniquement sur la palilalie.

Comme certains auteurs (PICK) localisent la palilalie aux noyaux gris centraux putamen antérieur, nous sommes en présence de trois localisations distinctes pour un seul symptôme, l'itération immédiate. Ce chaos préliminaire n'est pas fait pour nous étonner. Il faut bien que notre connaissance des troubles du langage diencéphaliques et mésencéphaliques passe par les mêmes phases de tâtonnements que la doctrine des troubles corticaux des aphasies.

A notre avis, il semble indiqué en attendant de s'en tenir strictement à la symptomatologie clinique. Nous avons souligné plus haut que la palilalie encéphalitique se présentait cliniquement d'une façon différente que d'autres phénomènes d'itération (cf. lit. n° 7, page 184) : Dans la palilalie, la production verbale est plutôt un symptôme d'incontinence, de manque de frein, comparable à la logorrhée des aphasiques sensoriels ; les encéphalitiques ont la pleine critique du caractère automatique de leur production qui survient de façon inopinée. Le cas WERTMULLER (cité plus haut) : ramollisement sylvien profond), par contre, produit ses itérations avec ténacité ; avec

beaucoup d'affectivité, avec une intonation quérulente, et n'a pas la critique de la répétition pathologique.

C'est pour cette raison qu'il est indiqué de comprendre la palilalie comme subdivision dans la dénomination globale des phénomènes d'itération, comme d'autres subdivisions (itération médiate et immédiate, monotonie, stéréotypie). Mais il ne faudrait pas substituer le terme de « palilalie » à celui d'« itération », ni employer les deux termes « promiscue ».

CONCLUSIONS

La répétition des syllabes, de mots ou de phrases entières s'observe dans les affections mentales et organiques les plus hétérogènes. On peut appeler ce symptôme « itération » (KLEIST), tout en se rendant compte de la diversité des étiologies de ce phénomène. Il est indiqué de distinguer nettement des subdivisions par une terminologie différente, terminologie qui, pour certaines formes, est déjà consacrée par la tradition clinique. Celle-ci appelle l'itération **monotonie** chez les dépressions de la folie maniaque dépressive, **stéréotypie** dans la schizophrénie, **persévération** dans certaines affections organiques du cerveau, **palilalie** dans les états postencéphalitiques et parkinsoniens.

Lors même qu'au point de vue philologique les productions verbales de ces différents groupes peuvent être identiques, la présentation clinique diffère dans les quatre groupes, ainsi que l'autocritique du malade.

Au point de vue verbal, pur, on peut distinguer l'itération immédiate et médiate.

1° Dans l'itération immédiate, les syllabes, mots et phrases entières sont répétées sans intercalation aucune.

2° Dans l'itération médiate, les éléments répétés sont séparés par un texte duquel ils font partie ; ce texte peut manquer de sens à des degrés différents. Dans les cas d'itération médiate, on observe encore d'autres troubles du langage du type schizophrénique.

Le cas dont nous donnons la description dans ce travail, produisait l'itération immédiate de courtes phrases entières (fragments de prières).

Anatomiquement, il s'agissait d'une tumeur (astrocytome) du corps strié droit et de la partie antérieure de la couche optique droite.

La localisation anatomique concorde avec celle constatée dans la majeure partie des cas d'itération organique, dans les formes médiates comme dans les formes immédiates : Le corps strié — quel que soit le côté (MERZBACH) — est atteint (tumeur, ramollissement). Font exception à cette règle certains cas d'encéphalite, chez lesquels le pallidum ou le locus niger peuvent être uniquement atteints. Ceci constitue une raison de plus pour réserver à la palilalie une place spéciale parmi les symptômes d'itération.

Clairvivre, le 1-6-44.
Vu : Le Président de Thèse :
Professeur PFERSDORFF.

Clermont-Ferrand,
le 5 juin 1944.
Vu : Le Doyen de la Faculté
de Médecine de Strasbourg,
André FORSTER.

Clermont-Ferrand, le 6 juin 1944.
Vu et permis d'imprimer :
Pour le Recteur de l'Académie de Strasbourg,
André FORSTER,
Vice-Président du Conseil de l'Université.

BIBLIOGRAPHIE

1. — BOSTROEM. — « Symptômes du corps strié », un traité de Psychiatrie publié sous la direction de BUMKE. Berlin, 1930, SPRINGER.
2. — DEJERINE. — Traité de Neurologie.
3. — KLEIST. — Pathologie du cerveau. Leipzig, Barth, 1934.
4. — MERZBACH. — L'itération du langage et sa localisation. Thèse de Francfort, 1928.
5. — PFERSDORFF. — Les aphasies d'évocation (PITRES). Leurs rapports avec les troubles psychotiques du langage. Travaux de la Clinique Psychiatrique de Strasbourg, 1928.
6. — PFERSDORFF. — Troubles psychiques d'un cas de tumeurs multiples de l'hémisphère droit ; leurs rapports avec les symptômes de dissociation schizophrénique. Travaux de la Clinique Psychiatrique de Strasbourg, vol. 8, 1930.
7. — PFERSDORFF. — Localisation anatomique des phénomènes d'itération du langage. Société de Médecine du Bas-Rhin, séance du 24-4-1937.
8. — PFERSDORFF. — Les troubles post-commotionnels du langage. Travaux de la Clinique Psychiatrique de Strasbourg, vol. 12, 1938.
9. — PICK. — Les troubles agrammatiques du langage. Berlin, 1913.
10. — KOHLER. — Un cas d'hémiplégie gauche avec phénomènes d'itération. Thèse de Strasbourg, 1940.
11. — WEISSHEYER. — Un cas de tumeur du lobe frontal droit intéressant le noyau caudé. Thèse de Strasbourg, 1935.

IMPRIMERIE DE CLAIRVIVRE
(Dordogne)

MARS 1944 — L. O. 15.782
Dépôt légal 1944, 1° Trimestre N° 2